***"Diagnosztikus, prediktív és prognosztikus biomarkerek azonosítása rosszindulatú daganatos megbetegedésekben"* című kutatáshoz**

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Bioinformatika Tanszék, Semmelweis Onkobank

Név[1]: ……..…… Anyja neve[1]: ……..……...
Szül. hely, idő[1]: ……..……..……
Lakcím[1]: ……..……TAJ-szám: ……..…….

Alulírott kijelentem, hogy a Semmelweis Onkobank (vezetője: Prof. Dr. Győrffy Balázs) csatolt betegtájékoztatóját elolvastam, a tartalmáról részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam, valamint kérdéseket tehettem fel, amelyekre érthető válaszokat kaptam. A tervezett mintavétel menete, a kutatás célja és jelentősége, a mintáim tárolásának és felhasználásának menete egyértelmű számomra.

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, így beleegyezek a mintavételbe, a minták Semmelweis Onkobankba történő szállításába, tárolásába és az ezekből származó adatok kódolt formában történő tárolásába, kutatási célokra való felhasználásába. Hozzájárulok személyazonosító adataim (pl. TAJ-szám) és a kutatás szempontjából fontos egészségügyi adataim gyűjtéséhez, egészségügyi és állami nyilvántartásokban szereplő, a kezeléseimmel, ellátásaimmal és egészségi állapotommal kapcsolatos adatokat lekérdezéséhez, feldolgozásához és az eredmények tudományos cikkekben való közléséhez (név említése nélkül).

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért sem én, sem családom nem részesül jutalomban, és nem is fogok semmilyen jutalmat követelni.

Az itt felsorolt hozzátartozóim minden kutatási eredményről tájékoztathatók:

.....

Ezennel kijelentem, hogy önként egyeztem bele a biológiai mintáim és adatai Semmelweis Onkobankban történő elhelyezésébe, döntésemben senki nem befolyásolt. Megértettem, hogy a beleegyezésem nem befolyásolja a kezelésemet és ellátásomat sem most, sem pedig a jövőben és a beleegyezésem bármikor, indoklás és hátrányos következmények nélkül visszavonhatom.

Az esetleges jövőbeni megkereséshez hozzájárulok (megfelelő aláhúzandó):

a) igen

b) nem

Kijelentem, hogy elolvastam és megértette a betegtájékoztatóban foglaltakat, a kutatásban való részvételhez szóbeli és írásbeli hozzájárulását adta.

……	……..……..
Tájékoztatást végző orvos aláírása	14 év feletti gyermek (vagy törvényes képviselő) aláírása
Neve: ……	Neve: ……
Beosztása: ……..	TAJ száma: ……..

Budapest, 20….. ……..

---

[2]A törvényes képviselő azonosító adatai:

Név[1]: ……..……..……..…….
Anyja neve[1]: ……..……..……..…….
Szül. hely, idő[1]: ……..……..……..……
Lakcím[1]: ……..……..……..……
TAJ-szám: ……..……..

Budapest, 20 ……

Ha a kutatásba bevonni kívánt személy törvényes képviselője nem tud olvasni, de szóbeli beleegyezését adja, a beleegyező nyilatkozathoz szükséges tájékoztatás megadásánál két független tanú együttes jelenlétét kell biztosítani. A tanúk a beleegyező nyilatkozat aláírásával igazolják, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta meg a beleegyező nyilatkozatát. Hasonlóképpen kell eljárni, ha a beteg törvényes képviselője - állapotából kifolyólag – nem tud aláírni és nincs jelen (vagy nem ismert) törvényes képviselője, de szóbeli beleegyezését adja a kutatásban való részvételhez.

Tanú (1)
Név: ……
Lakcím: ……..
Aláírás: ……..

Tanú (2)
Név: ……
Lakcím: ……..
Aláírás: ……..

Budapest, 20 ……